

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

11

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Novembre 1907, à 1 heure

PAR

Marcel MAGNIN

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique

ÉTAT PSYCHIQUE DES ACCIDENTÉS

L'HYSTÉRIE DE RENTE

Président : M. RAYMOND, professeur

Juges { *MM. DEBOVE, professeur*
GILBERT BALLET, professeur
CASTAIGNE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

11

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Novembre 1907, à 1 heure

PAR

Marcel MAGNIN

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique

ÉTAT PSYCHIQUE DES ACCIDENTÉS

L'HYSTÉRIE DE RENTE

Président : M. RAYMOND, professeur

Juges { MM. DEBOVE, professeur
GILBERT BALLET, professeur
CASTAIGNE, agrégé



Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....		CH. RICHERT
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	DEJERINE
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL
Histologie.....		PRENANT
Opérations et appareils.....		QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		GILBERT BALLEST
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.....		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	}	BERGER
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	}	PINARD
		BAR
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LANGLOIS	NICLOUX
BALTHAZARD	DEMLIN	LAUNOIS	NOBECOURT
BRANCA	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BEZANCON (FER.)	DUPRE	LEGREY	POTOCKI
BRINDEAU	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BROCA	GOSSET	LEPER	RENON
BRUMPT	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
CARNOT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CASTAIGNE	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CLAUDE	JOUSSET	MORESTIN	SICARD
COUVELAIRE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRE ET SŒURS

A MES PARENTS ET AMIS

Etat Psychique des Accidentés

L'hystérie de Rente

INTRODUCTION

Les questions les plus délicates à résoudre en médecine légale sont celles relatives aux accidents, et surtout aux accidents du travail. Combien de difficultés ne surgissent pas en effet devant le Médecin-Expert, si habitué fût-il à ces sortes d'affaires, à plus forte raison devant les magistrats, dont le jugement est basé sur le rapport médical ? Si dans certains cas, la conclusion se tire pour ainsi dire d'elle-même de l'examen du malade, dans d'autres circonstances, malheureusement trop fréquemment répétées, l'Expert reste l'esprit en suspens et ne peut solutionner ni dans un sens ni dans l'autre la question qui lui est posée.

Certains cas où un ouvrier perd un œil, un doigt, par exemple, mutilation qui, sans entraver formelle-

ment son métier, n'oppose pas moins une gêne notable à son exercice, ces cas, dis-je, réalisent parfois un problème difficile quand il faut décider s'il y a ou non incapacité de travail, si elle est temporaire ou permanente, absolue ou partielle, quand enfin se fera la consolidation de la blessure.

Ces difficultés se retrouvent, encore plus accusées, dans les circonstances où des troubles du système nerveux se développent à la suite du traumatisme. Nous voulons parler de l'hystérie traumatique, décrite d'abord chez les victimes des catastrophes de chemins de fer, observée par la suite chez les accidentés de toutes sortes. Rien ne permet au médecin de déterminer l'évolution et la terminaison de cet état, les choses sont très compliquées. Cependant, si l'on veut bien examiner de près ce genre de malades, on retrouvera chez un certain nombre d'entre eux un état psychique particulier surajouté aux symptômes physiques de l'hystérie. C'est cet état qui permet de ranger ces malades dans une catégorie spéciale, dans laquelle l'élément intellectuel prime tous les autres. Un individu est victime d'un accident, il intente un procès à l'auteur responsable ; peu à peu se développe chez lui cet état psychique dont le pivot est l'espérance d'une solution du procès en sa faveur. Tel est le schéma de l'affection que nous voulons décrire et que les médecins allemands désignent sous le non *d'hystérie de rente* (*renten-hysterie*.)

Elle répond à ce que M. Babinski appelle *maladie*

par persuasion, M. Brissaud, *hystéro-culture*, et M. le professeur Thoinot, *neurasthénie de procédure* (1). C'est, médicalement parlant, une forme cérébrale de l'hystéro-neurasthénie. Il importe de la bien connaître et de la distinguer de l'hystéro-neurasthénie traumatique, car si la terminaison de celle-ci ne peut être que soupçonnée, on peut à coup sûr affirmer celle de l'hystérie de rente. Ces deux états, communs par certaines manifestations hystériques, diffèrent nettement l'un de l'autre par leur origine, le traumatisme chez le premier, l'indemnité chez le second, et par un ensemble de caractères qui, réunis, permettent de répartir les accidentés dans l'un ou l'autre groupe. Nous devons considérer l'hystérie de rente comme une manifestation spéciale de la grande névrose, dont deux points sont fixes, son origine et sa terminaison. Nous nous attacherons à préciser ces deux choses si essentielles, et pensons arriver à bien isoler cette hystérie, que l'on rattache trop aisément à certains états voisins, en particulier à l'hystérie traumatique.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est fournie de remercier nos maîtres dans les hôpitaux des conseils et de l'enseignement que nous avons recueillis auprès de chacun d'eux.

Nous sommes reconnaissant à M. le professeur

1. Nous l'appellerons comme les Allemands en généralisant le sens du mot rente, sous lequel nous entendrons toute réparation pécuniaire, les Allemands n'ayant eu en vue, en créant cette expression, que les accidentés du travail.

Raymond et à son agrégé M. le Dr Claude (Salpêtrière 1905-1906), de s'être mis avec tant de dévouement à la tâche pour nous instruire dans cette science délicate de la neurologie ; nous remercions vivement M. le professeur Raymond d'avoir accepté la présidence de notre thèse.

Nous n'oublierons jamais le temps trop vite écoulé que nous avons passé dans les services de M. le professeur Pinard (clinique Baudelocque, 1906), de MM. les professeurs agrégés Pierre Delbet, (maison de santé, 1904) ; Widal (Cochin, 1904-1905) ; Troisier (Beaujon, 1906-1907).

De MM. les Drs Souques (Hôtel-Dieu annexe, 1902-1903) ; Guinard (maison de santé, 1903-1904) ; Laffitte (Bichat, 1907).

Nous devons une grande part de reconnaissance à M. le Dr Descoust qui, après nous avoir appris à résoudre les questions, souvent ingrates, de la médecine légale, à ses cours du vendredi à la Morgue, fut notre inspirateur notre guide et notre conseiller toujours assidu dans l'exécution de ce travail.

Qu'on nous permette d'adresser l'expression de notre gratitude à M. le Dr Feilchenfeld (de Berlin) qui s'est mis si aimablement à notre disposition pour nous fournir les renseignements que nous lui avons demandés.

Que M. le Dr Philippe, qui s'est vivement intéressé à notre travail, veuille bien agréer nos remerciements sincères.

Enfin nous renouvelons nos sentiments de plus

tendre reconnaissance à notre père, grâce à la bonté
et à l'abnégation de qui nous avons pu atteindre au
résultat vers lequel il nous a poussé et qui l'honore.

CHAPITRE I

L'hystérie de rente est un ensemble de troubles nerveux, physiques, fonctionnels et intellectuels, qui se manifestent à l'occasion d'un accident et dont le mobile est l'espérance d'une rente. Ce qui domine le tableau clinique, c'est l'état psychique des accidentés ; c'est sur lui que nous nous appesantirons.

L'hystérie de rente se montre chez l'homme plus souvent que chez la femme, en raison de la nature de ses travaux. L'âge ne joue aucun rôle : on voit en effet l'affection se développer aux âges les plus variés. Enfin il existe une prédisposition de par l'état physique et moral antérieurs, soit chez l'accidenté lui-même, soit chez ses ascendants.

Il est certain que l'alcoolisme, la syphilis des parents sont une cause de débilité, d'affaiblissement intellectuel chez les enfants ; de même l'accidenté trouve dans ses maladies antérieures, dans ses excès de toutes sortes un terrain préparé à l'éclosion de l'hystérie. Joignons à cela les exhortations des camarades ou des agents d'affaires intéressés, qui lui montrent la possibilité d'obtenir une rente ou de

l'avoir plus élevée que celle qui lui est accordée, conseils funestes qui le suivront d'ailleurs tant qu'il vivra dans ce milieu : tous ces facteurs réunis font naître l'affection dès que survient la cause favorisante, le traumatisme.

Ce traumatisme est le point de départ commun à l'hystérie de rente et à l'hystérie traumatique : seulement tandis que, dans cette dernière, il reste seul en cause à l'origine des troubles nerveux que nous voyons se développer, dans la première au contraire, au traumatisme se joint un autre facteur, primordial : la recherche d'une réparation pécuniaire ; de sorte que dans ce dernier cas, si c'est le traumatisme qui est la cause éloignée, cause occasionnelle de l'état pathologique ultérieur, cet état est la conséquence directe de la perturbation développée dans le cerveau du sinistré par le procès intenté en vue de l'indemnité.

Tous les traumatismes peuvent se rencontrer, qu'ils portent soit sur le crâne, soit sur un autre point du corps moins en rapport avec le système nerveux. Au point de vue de leur intensité, tous les traumatismes peuvent être suivis d'hystérie de rente, mais les moins intenses sont ceux qui font le mieux comprendre son existence, ainsi que nous allons l'expliquer dans un instant.

L'hystérie de rente est une affection fréquente, plus commune même qu'on ne l'a cru jusque-là. C'est que, comme nous l'avons dit plus haut, les médecins n'ont vu qu'une seule et même maladie, l'hystérie

traumatique (favorisée il est vrai, par l'état psychique), alors qu'en réalité, il faut distinguer et classer dans un groupe à part les hystériques de rente : de sorte que l'hystérie traumatique perdrait une partie de l'importance qu'on semble lui avoir accordée jusqu'à ce jour.

Les accidents du travail payent de nos jours un plus large tribut que jadis à l'hystérie de rente. En effet, avant que l'on eût considérablement élargi le cadre des responsabilités patronales par une loi (loi du 9 avril 1898), les médecins n'observaient qu'une faible partie des accidentés. Mais, depuis cette date, l'ouvrier, recourant toujours à la justice en cas de blessure au cours du travail, est livré plus fréquemment à l'observation médicale.

L'hystérie de rente peut débiter de deux façons. Tantôt plus ou moins longtemps après le traumatisme ; ce dernier semble tout d'abord n'avoir rien produit d'anormal chez le blessé, qui reprend son travail. Ce n'est qu'un certain temps après que se déclare la maladie. Tantôt l'affection se déclare immédiatement après le traumatisme ; l'impotence fonctionnelle due à la blessure se confond avec celle qui résulte de l'excitation morale du sujet.

Donc deux formes cliniques au début, formes nettement distinctes l'une de l'autre par l'époque d'apparition des premiers troubles et qui achèvent de se séparer par la notion du mécanisme de l'éclosion de la névrose.

Dans l'une, à début tardif, c'est souvent un trau-

matisme et une blessure légers, qui guérissent. Le malade se trouve déçu dans ses premières espérances de droit à la rente.

Peu de temps après, les choses ont marché, et le médecin qui avait constaté le retour de la pleine capacité de travail se voit maintenant forcé d'en certifier l'incapacité. Il est vraisemblable que dans ce cas, nous sommes en présence d'une hystérie de rente véritable : car d'emblée le rôle de l'état psychique du sinistré se manifeste bien dégagé de tout autre symptôme qui pourrait faire errer le diagnostic. Je m'explique : le sujet a une blessure légère : le traumatisme qui l'a provoquée n'a pas été assez intense pour léser les organes centraux du système nerveux, le schock nerveux fut minime et sans valeur, la blessure guérit, il ne reste rien ou au moins pas de trouble physique assez important pour l'empêcher de retravailler. Comment se fait-il qu'un beau jour cet individu se sente, sans raison apparente aucune, faible et manquant d'énergie, si ce n'est parce que son esprit fragile et excitable, aidé des conseils d'un homme d'affaires intéressé, a travaillé et qu'il s'est accroché à son idée de rente ? Celle-ci étant problématique, voilà la cause toute indiquée pour donner libre cours au cortège des troubles intellectuels et physiques que nous étudierons plus loin.

Dans la deuxième forme, l'hystérie de rente est plus délicate à dépister. C'est alors un traumatisme violent, mais une blessure légère. Là encore l'état

d'esprit du malade, déjà surexcité, et de plus mal conseillé, se manifeste, mais pas seul, cette fois-ci ; car il est accompagné des diverses manifestations hystériques. Le malade ne laisse pas guérir sa lésion, il ne peut reprendre son travail. En somme on a le tableau d'une hystérie traumatique sur laquelle se greffe l'hystérie de rente dès que les influences étrangères se font sentir : la première peut dans la suite disparaître, la seconde persiste, bien en évidence maintenant, sous la forme d'une idée fixe, telle que nous la décrirons plus tard.

Pour nous résumer, nous dirons que l'on peut avoir affaire soit à une forme à début tardif, où l'hystérie de rente est primitive et l'hystérie traumatique secondaire si jamais elle se montre, soit à une forme à début immédiat, dans laquelle l'hystérie traumatique est primitive et l'hystérie de rente secondaire. La première est la plus fréquente, ainsi que le dit Charcot : « Il semble qu'il faille passer par la neurasthénie pour devenir hystérique. »

Mais ces deux formes, jusque-là bien nettement séparées, se fusionnent maintenant une fois l'hystérie née, en une seule, pour évoluer toujours de la même façon. L'hystérie de rente devient unique, constamment identique à elle-même, mais plus ou moins intense, dans chaque cas particulier.

Le début se manifeste par des douleurs soit au point traumatisé, soit à distance. Ces douleurs sont spontanées ou provoquées par la pression, par les mouvements communiqués si c'est une articulation

qui est atteinte ; les traumatismes du crâne donnent de la céphalée, parfois accompagnée de vomissements. A côté de ces douleurs, on observe des étourdissements, des vertiges, un manque d'énergie, les battements du cœur s'accélèrent. Tels sont les symptômes qui marquent presque toujours l'apparition de l'hystérie de rente.

A une phase plus avancée (période d'état, si on pouvait l'appeler ainsi, puisqu'on ne saurait dire où elle commence et où elle finit), les mêmes signes se retrouvent, mais plus ou moins accentués, et accompagnés d'autres troubles.

Ces symptômes peuvent se retrouver en partie au cours de l'hystérie traumatique, mais on les observe aussi d'une façon presque constante dans l'hystérie de rente. On peut les répartir en deux catégories. Les uns sont objectifs, les autres subjectifs. Ces derniers se résument dans un seul, c'est l'état psychique, tout à fait caractéristique de l'hystérie de rente.

Les symptômes objectifs sont le facies angoissé, de la gaucherie dans les mouvements, le pouls est fréquent, 110 à 130 pulsations, le cœur rapide et tumultueux, la peau est légèrement colorée et d'une façon uniforme, les pupilles sont égales, les réflexes tendineux normaux ou exagérés.

En somme, jusque-là, on ne peut rien retrouver de nettement pathognomonique de l'hystérie de rente. Tout au plus pouvons-nous la soupçonner quand nous trouvons ces signes que nous venons de

signaler en dernier lieu. Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est une hystérie, avec le droit même de la qualifier du nom de traumatique. Voyons maintenant si l'examen de l'état psychique nous permettra d'en faire le diagnostic.

CHAPITRE II

Le sinistré présente un état d'esprit spécial, plus ou moins marqué suivant les cas, mais dominant cependant le tableau clinique, en tous cas toujours identique à lui-même, caractère propre, on le sait, à l'hystérie.

Chez un certain nombre de malades, on trouve des troubles de la mémoire pour les faits récents : ils offrent des lacunes extraordinaires, même dans l'accomplissement des occupations journalières. Mais chez tous, on peut déceler, tantôt dès la première inspection, tantôt après un examen plus approfondi et méthodique, un ensemble de troubles psychiques qui, réunis, constituent ce que nous appellerons l'« idée fixe. »

Qu'est-ce que cette idée fixe ? C'est un état d'esprit occasionné et entretenu par la possibilité d'avoir une rente et de l'obtenir la plus élevée possible. Avant les descriptions actuelles, ces troubles psychiques étaient déjà signalés par les médecins qui se sont occupés de névrose traumatique. Pour ne citer que

deux exemples, nous rapporterons l'opinion de Bouveret et celle de Blum.

« La crainte d'un insuccès, dit Bouveret, et la misère qui peut en résulter, exercent pendant la durée du procès une influence fâcheuse sur l'état mental du malade et font obstacle à son amélioration. »

D'autre part nous lisons dans Blum : « Un blessé neurasthénique, lors même qu'il est le plus sincère du monde, ne peut s'empêcher d'exagérer son incapacité présente et de croire à l'impossibilité d'un retour complet à la santé. Ajoutons à cela les incertitudes que les hommes d'affaires, les formalités judiciaires viennent jeter dans cet esprit ébranlé, et nous aurons l'explication de la marche de la maladie, qui en général s'améliore notablement dès que le litige a été définitivement tranché. »

Remarquons que ce qui, pour ces auteurs, constitue un épisode secondaire au cours de la névrose traumatique, est, à notre sens, le fait caractéristique de la psychose que nous voulons isoler.

Cet état psychique naît en même temps que les douleurs hystériques. Il dépend avant tout de la mentalité antérieure de l'individu : les cerveaux faibles, soit par leur nature, soit par des tares héréditaires ou personnelles, ces cerveaux imaginatifs ont tendance à se persuader du bien fondé de leurs espérances. Il se fait en somme une sorte d'auto-suggestion qui s'exagérera ou s'affaiblira ultérieurement suivant la marche des événements. Les esprits sains et bien équilibrés peuvent eux aussi se créer

cette idée fixe ; dans ce cas, l'on voit intervenir les facteurs secondaires dont nous avons déjà parlé plus haut, les conseils des amis, des agents d'affaires, les exemples des camarades qui ont obtenu des rentes dans des circonstances plus ou moins analogues : en voilà assez pour faire éclore en eux des espérances plus ou moins aléatoires. L'auto-suggestion a été préparée par l'hétéro-suggestion. A plus forte raison ces causes prédisposantes ne manquent-elles pas d'agir sur les esprits débiles cités en premier lieu.

Dès lors l'accidenté ne vit plus pour ainsi dire que pour l'acquisition de sa rente. Ce souci, dit M. Thoinot, est comme une « véritable épine » enfoncée dans son cerveau. Son travail ne l'intéresse plus comme par le passé, souvent même il doit le quitter s'il l'avait repris ; il manque d'énergie, même en dehors de toute occupation professionnelle, et devient nonchalant, tout entier absorbé par des pensées intérieures. Renfermé en lui-même, il ne prête plus aucune attention à tout ce qui l'entoure. Vient-on à le déranger, à vouloir le tirer de cet état, il se montre irascible, violent, emporté, puis retombe dans son mutisme et ses rêvasseries. Il est incapable de prendre aucune décision, manque totalement de volonté et d'énergie, se comportant en somme comme un aboulique. Sa physionomie exprime cet état d'âme : il a un état prostré, abattu, anéanti, sans assurance et sans fermeté. La nuit même, les pensées viennent encore l'obséder : il a des rêves, des cauchemars, dans les-

quels il entrevoit des visites médicales, des pourparlers avec la Compagnie d'Assurances.

Cet état le fatigue et cependant il ne cesse de se laisser aller à ses réflexions. D'ailleurs tout l'y encourage : il rencontre devant lui les facteurs qui ont contribué à faire naître sa psychose : les amis, les agents d'affaires, et, jusque dans son domicile conjugal, sa femme et ses enfants qui, bien que luttant contre son état, ne l'entretiennent pas moins, bien inconsciemment, par leurs exhortations et leurs conseils ; en outre, les examens, surtout si le médecin méconnaît l'hystérie, les expertises, les exhibitions aux cours de clinique.

C'est que la partie est belle ! Ce peut être le pain assuré pour la fin de ses jours. Plus de ces journées de labeur, souvent pénibles. Toujours sûr du lendemain. Il entrevoit alors de beaux jours passés à la campagne, dans une petite maison de retraite, où il vivra sans soucis. Combien son sort apparaît ensoleillé !

Mais pour cela, il lui faut gagner son procès, et ce procès tarde bien à se terminer. A tout moment les médecins viennent l'examiner, les avis ne sont pas toujours unanimes, de là des lenteurs dans les débats judiciaires, qui l'énervent et l'excitent davantage. Enfin il obtient une indemnité ; mais combien peu ? Ne peut-il demander plus ? Il le pense, et ses bons conseillers le pensent aussi. Le voilà reparti vers de nouvelles espérances.

D'autres fois au contraire les affaires tournent à

son désavantage. Le procès se termine sans allocation. C'est la misère à venir. Son esprit s'irrite, lorsque lui apparaît un souvenir attrayant : il a vu de ses camarades qui, à la suite de leur accident, ont conservé soit une paralysie, soit une contracture, soit du tremblement de l'un de leurs membres. Si lui aussi venait à être atteint de l'une de ces infirmités ! Dès lors ses pensées ne se portent plus que de ce côté, il cherche à voir ces amis infirmes, mais largement indemnisés, leur demande des détails sur l'évolution de leur affection ; il lit des livres de médecine qui lui tombent sous la main, touchant ces sujets (1) ; enfin il fait tant et si bien que lui aussi devient un paralytique ou un trembleur.

Les troubles hystériques, qui avaient disparu, s'ils existaient avant les symptômes psychiques, ne laissant subsister que ceux-ci, réapparaissent. Ou bien ils se montrent pour la première fois : nous passons alors dans le domaine de l'hystérie traumatique, qui devient de la sorte une complication de la mentalité de l'individu.

Qu'il nous suffise d'en rappeler pour mémoire les principaux symptômes : les troubles de la vue, l'asthénopie accommodative, consistant en ce fait que la vue se brouille dès que le malade veut se mettre à lire ou à écrire ; un voile semble s'étendre devant

1. M. le Dr Descoust reçut un jour la visite d'un agent d'affaires qui voulait se faire indiquer le meilleur ouvrage traitant de la névrose traumatique.

ses yeux : le malade dit qu'il « est étourdi ». A un degré de plus, si l'effort continue, apparaissent de violents maux de tête.

A côté de ces troubles subjectifs, on trouve les troubles objectifs de toute hystérie, et, en première ligne, les zones d'anesthésie ou d'hypoesthésie, ou d'hyperesthésie, et le rétrécissement concentrique du champ visuel. Le blessé dédouble alors sa personnalité, il perd conscience de son état, comme cela se produit dans l'hystérie.

Assez souvent le malade peut ne pas souffrir en réalité de ces troubles dont il se plaint : il se comporte comme un simulateur, mais un simulateur inconscient.

La maladie peut heureusement évoluer plus simplement, vers la guérison, après l'obtention de la rente : le malade retrouve alors sa vigueur et son activité, mais redoute alors tout contact avec ce qui touche à la médecine et à la juridiction.

L'accidenté peut, au contraire, mais plus rarement, marcher vers une terminaison plus défavorable, vers la folie processive ; son état nécessite alors son internement.

Ou bien il s'adonne à l'alcool.

D'autres fois enfin il peut être amené au suicide.

Telle est l'évolution de l'hystérie de rente. Nous y retrouvons des symptômes de la grande névrose et de la neurasthénie, dont elle fait partie en réalité ; mais ce qui lui donne un caractère spécial, c'est sa cause. Celle-ci est représentée par l'idée de rente.

Cette idée se manifeste au plus haut point, par-dessus tous les autres troubles, au cours de l'évolution clinique.

Ce qui permet de la considérer comme cause véritable de l'hystérie, ce sont les arguments suivants :

1^o Le contrebalancement de l'état psychique et des fluctuations de l'estimation de la rente au cours du procès : celle-ci diminue-t-elle ou n'est-elle pas assez élevée au goût du malade, son état s'aggrave ; est-elle plus élevée ou suffisante, son état s'améliore ou la guérison s'établit. Dans ce dernier cas, vient-on plus tard à reprendre la procédure, les anciens accidents psychiques renaissent.

2^o Plus le procès traîne en longueur, plus le tableau pathologique se complète en s'aggravant : nous avons vu son apogée marquée souvent par l'hystérie traumatique, beaucoup plus rarement par la démence.

3^o L'état d'âme du malade qui, une fois indemnisé, ne veut plus voir de médecin, redoute l'hôpital, de crainte que l'on ne constate l'amélioration survenue dans son état et que l'indemnité ne lui soit retirée.

CHAPITRE III

Il est souvent délicat de distinguer l'hystérie de rente d'avec les états voisins qui, comme elle, apparaissent chez les accidentés et se caractérisent par un ensemble de troubles nerveux objectifs ou subjectifs ; le diagnostic est d'autant plus délicat que le malade n'accuse pas de lui-même la plupart du temps l'existence et la nature de ses soucis. De tous ces états le plus important est la *névrose traumatique*, sous l'une quelconque de ses deux formes : neurasthénique ou hystéro-neurasthénique, mais où le traumatisme fait à lui seul tous les frais de scène ; c'est à elle qu'il faut toujours penser.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur l'importance capitale de l'idée fixe que l'on n'observe jamais dans la névrose traumatique. Nous avons appris à la dégager de l'ensemble symptomatique. Parlons maintenant des autres marques distinctives de l'hystérie de rente.

1° Celle-ci se montre chez des sujets prédisposés et de plus surexcités par les causes que nous avons invoquées précédemment.

2° Elle donne lieu à la production de paralysies, de contractures, de tremblements, en des points souvent éloignés du point traumatisé.

3° Les malades se présentent au médecin uniquement pour lui faire constater les symptômes qu'ils présentent ; jamais ils ne réclament de traitement : d'ailleurs ils ne le suivraient pas, couvant spécialement leurs manifestations morbides. Ce qu'il leur faut ce sont des certificats. Au médecin qui essaie de les rassurer et qui doute un moment de l'intensité du traumatisme initial, ils cherchent, eux, à en relever, que dis-je, à en exagérer l'importance. D'ailleurs ils se l'exagèrent à eux-mêmes et n'amplifient rien volontairement.

4° L'hystérie de rente *pure* guérit dans tous les cas, une fois la rente accordée, et très peu de temps après la fin du procès. Ce n'est que dans le cas où se surajoute une des complications précitées que l'on ne peut rien affirmer sur sa terminaison.

5° Le Dr Feilchenfeld ajoute un autre signe différentiel, c'est l'excitation que montrent les hystériques quand le médecin vient les examiner : ils ont de véritables accès de folie furieuse que rien ne motive : ils frappent du poing sur les meubles, profèrent des injures, tremblent de tout leur corps, se comportent à ce moment comme des hallucinés. •

En regard de ces caractères, exposons ceux de la névrose traumatique :

1° L'état antérieur du sujet a moins d'importance.
« Le traumatisme et l'émotion, dit M. le Dr Vibert, suf-

fisent à provoquer la névrose traumatique. Il n'est pas besoin que, pour être efficaces, ces causes agissent sur un individu paraissant prédisposé aux affections du système nerveux par son hérédité, ses antécédents personnels ou certaines particularités qui caractérisent les sujets dits névropathes. »

Cependant l'influence de la prédisposition héréditaire est admise par Charcot, Guinon, Bouveret, et parfois aussi, mais *non obligatoirement*, par M. le professeur Thoinot. Peut-être a-t-on affaire alors à des cas d'hystérie de rente.

2° Les accidents hystériques sont mieux localisés au point traumatisé.

3° Nous avons remarqué chez les hystériques traumatiques que nous avons interrogés que la majeure partie d'entre eux nous demandaient de les guérir, disant spontanément qu'ils voulaient se soigner et reprendre leur travail. Ceux-ci collectionnent les ordonnances et non les certificats.

4° L'hystérie traumatique ne guérit pas dans tous les cas.

5° Ces malades sont doux et dociles envers leur médecin.

Nous n'avons envisagé jusqu'à présent que le cas où l'hystérie de rente se montre pure, dégagée de toute névrose traumatique. Or, nous le savons, toutes deux peuvent, pour ainsi dire, se trouver réunies, le traumatisme et les préoccupations pécuniaires jouant le même rôle dans la création de cet état; on comprend la difficulté du diagnostic dans ce cas.

Après la névrose traumatique, il faut songer à un état à peu près semblable à l'hystérie de rente à un examen grossier. C'est la *manie de rente*. Mais là, pas de symptômes nerveux : tandis que les hystériques éprouvent réellement des douleurs, les maniaques ne souffrent nullement. Tout ce qu'ils veulent, c'est prolonger les suites de leur accident en attirant l'attention sur des lésions dont les unes se rattachent à leur traumatisme mais ne peuvent entraver le travail, dont d'autres au contraire sont antérieures ou postérieures à l'accident et lui sont étrangères. Le Dr Feilchenfeld a communiqué plusieurs cas fort intéressants de manie de rente.

Un ouvrier, étant tombé sur le dos d'une hauteur de 3 mètres, réclame une rente pour la faiblesse qu'il a conservée à la suite de son traumatisme. Or on apprend que cet état résultait d'une vieille affection pleuro-pulmonaire pour laquelle il avait demandé une rente à plusieurs reprises.

Un autre se blesse au tibia et demande une indemnité, se plaignant de petites plaies laissées par l'accident, mais qui en réalité provenaient de varices, et étaient peut-être aussi des égratignures.

A un certain degré, les maniaques se rapprochent d'un autre groupe d'individus que l'on pourrait prendre pour des hystériques : les *simulateurs*.

Ceux-ci se distinguent des hystériques, en ce que leurs actes reflètent en tout la fiction : les troubles qu'ils accusent sont empreints d'exagération et dans maintes circonstances incompatibles avec ce que

révèle l'exploration physique. S'ils veulent simuler une manifestation objective, se donner de la cyanose ou de l'œdème, par exemple, par un procédé mécanique, il est rare qu'un jour ou l'autre leur supercherie ne vienne pas à être découverte ; ou bien s'ils veulent se faire considérer comme atteints de troubles psychiques, ils peuvent être surpris à l'improviste dans leur état normal. Il est vrai qu'on rencontre de temps à autre d'habiles simulateurs, mais ce n'est qu'une question d'attention et de patience ; comme les autres, ils ont des faiblesses, et ces faiblesses le médecin doit les guetter.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

(Dr Feilchenfeld. — *Journal des médecins-experts*,

Berlin, 1906, n° 16.)

Rob. N..., quarante-trois ans, charpentier.

Tombe en 1889 d'un toit dans une cour, de la hauteur de trois étages et demi. Contusion de la hanche gauche et du coude droit ; commotion cérébrale. Il sort guéri de l'hôpital et se remet à travailler. Mais il a de nouveau des douleurs, des étourdissements, de la tachycardie, de la fréquence du pouls. Après avoir lutté pendant plusieurs années pour obtenir une rente, il offre des symptômes de folie processive. On le met dans un asile d'aliénés, d'où il sort. Il obtient finalement une rente. Actuellement cet homme vit encore et se porte assez bien ; mais il a encore des symptômes d'hystérie, en particulier de l'accélération du pouls ; mais les facultés intellectuelles sont intactes.

OBSERVATION II (id.)

Frédéric Br..., quarante-six ans, ouvrier. En juillet 1900 légère contusion du pied. En décembre 1901, il tombe d'une

hauteur de deux mètres et demi dans une cave en faisant un plafond de ciment. Céphalée, douleurs à la poitrine et à la hanche. Pouls à 120: Vertiges. Léger tremblement de la main. Pas d'inégalité pupillaire. Les réflexes patellaires existent. Rente de 25 o/o. Br..., que la conscience de ces troubles nerveux rend plus malade qu'il ne l'est en réalité, se décide, mais avec difficulté, à reprendre son travail. Des recherches ultérieures font découvrir que Br... était neurasthénique déjà, avant son accident, et qu'il a eu plusieurs atteintes de tuberculose pulmonaire. L'Office Impérial refuse la rente.

OBSERVATION III (id.)

W. P..., trente-neuf ans, ouvrier. Il est tombé le 14 novembre 1901 du quatrième étage d'une maison en construction sur les poutres du troisième étage. Contusion de la tête. Entorse du genou gauche et du coude droit. Vomissements la nuit qui a suivi l'accident. Symptômes de commotion cérébrale.

Le 19 janvier 1902, il y a encore de la gêne dans les mouvements du bras et du gonflement du genou. 100 o/o de rente.

Le 22 mai, le malade se plaint d'étourdissements ; les phénomènes objectifs sont meilleurs.

Le 14 juin, il accuse des étourdissements, des douleurs à l'estomac et au cœur. Les suites directes de l'accident s'étant beaucoup améliorées, on accorde seulement 40 o/o de rente.

Le 7 juillet, on ne constate en fait de symptômes nerveux que la dilatation de la pupille droite et un léger tremblement de la langue.

P..., se contente d'abord de la rente de 40 o/o. Mais plus tard, il demande une rente plus élevée, que le tribunal lui refuse (le 29 novembre 1902).

Le 21 février 1903, l'état s'est encore amélioré : la rente est réduite à 25 o/o.

Le 15 avril, le malade est admis à la Charité comme atteint de délirum tremens. Là, on apprend par d'anciennes observations que P..., a eu le 30 avril 1897 une contusion du côté gauche du thorax ; à la suite de cet accident il ressentit des palpitations cardiaques et des points douloureux dans la poitrine. On porta le diagnostic d'hystérie traumatique, pour laquelle il toucha d'abord 33 1/2 o/o, et plus tard 15 o/o de de rente. C'est pendant qu'il était en pourparlers pour obtenir une augmentation que le deuxième accident est survenu (1901).

L'Office Impérial accorde une rente de 60 o/o.

Le 18 avril 1904, P..., demande la rente entière, parce que son état a, selon lui, empiré. Il se montre grossier, agressif et insolent envers le médecin qui l'examine. Il dit un jour qu'il « n'a pas le temps, qu'il doit aller au Jardin Zoologique donner à manger aux singes ». Au moment de ses crises, il tremble de tout son corps, frappe du poing sur la table et entre dans un accès de rage. On le met en observation à Dalldorf. Là on remarque qu'il exagère, mais que néanmoins il a de l'hystérie traumatique et des troubles de l'intelligence. On admet que la lutte pour la rente, la blessure à la tête et l'hystérie préexistante à l'accident ont chacune leur part dans cet état ; on lui accorde la rente entière, payable à partir du 19 avril 1904.

Il demande que la rente lui soit payée à partir du 1^{er} avril 1901. L'Office Impérial refuse.

En 1906, la personne qui soigne P..., se plaint que ce dernier doive aller si souvent chez le médecin. Il serait, après chaque visite, très surexcité.

En mars 1906, on l'envoie chez un médecin pour cet état nerveux. Il est repris chez ce médecin d'un accès de rage, rugit, serre les poings et profère des injures.

OBSERVATION IV (*id.*)

C. Sch..., quarante ans, ouvrier.

Il reçoit le 11 décembre 1903 une plaque de gypse qui lui meurtrit l'épaule gauche. Cette même épaule avait déjà été contusionnée en 1901 lors d'un accident. Il se plaint de ne pas pouvoir lever le bras gauche, de n'avoir pas la force de travailler.

Le 2 mars 1903, on ne constate aucune suite de l'accident, et le malade sort de l'hôpital, ne conservant qu'une légère faiblesse de l'épaule. Le médecin du Tribunal et le spécialiste pour les maladies nerveuses ne notent aucune lésion ; toutefois ce dernier admet une névrose locale. Le Tribunal accorde une rente de 25 o/o.

En mai 1903, les médecins de la Corporation examinent plusieurs fois Sch..., et le déclarent entièrement capable de reprendre son travail. Mais l'Office Impérial confirme le jugement du Tribunal arbitral.

Le 5 mars 1904, Sch... formule tout d'un coup les plaintes suivantes :

« L'accident que j'ai eu le 12 décembre 1903 en travaillant chez... m'a causé, outre une faiblesse hystérique de l'épaule

gauche, une affection nerveuse caractérisée par de l'affaiblissement de la mémoire, des maux de tête, de la dépression morale, de l'insomnie, des étourdissements et des secousses des muscles du visage. Par suite de ces phénomènes morbides, qui sont la conséquence de mon accident, je ne suis pas en état d'exécuter les travaux de ma profession, et je perds au moins 75 o/o de mon gain. »

Le spécialiste pour les maladies nerveuses qui l'examine ne trouve rien de nouveau, si ce n'est un léger tremblement de la langue et des muscles de la face ; pas de diminution de l'intelligence. Il n'y a pas lieu d'accorder une rente plus élevée. Nouvel examen par un chirurgien qui se rallie à cette opinion, Nouvelles revendications de l'assuré qui demande qu'on transmette les certificats de médecins.

En 1905, il demande qu'on élève la rente à 50 o/o. Il présente à l'appui de sa requête une nouvelle attestation où sont exposés les mêmes maux dont il s'est plaint l'année précédente et, en outre, cette opinion « qu'il n'est pas impossible qu'il se produise avec le temps des interruptions de plus en plus longues de la faculté de travailler ». Nouvel examen des médecins de la Corporation dont le résultat est défavorable au demandeur.

Plainte de l'assuré en 1905. « De l'avis des médecins, dit-il, ma maladie est une névrose dite traumatique, affection qui se produit souvent après les accidents. »

Nouvelle attestation du spécialiste pour les maladies nerveuses : « L'état de Sch... a réellement empiré. La maladie nerveuse, qui se manifestait au début principalement par des troubles du bras gauche, a maintenant une plus grande étendue et a atteint l'état général. Ne fût-ce qu'en raison du symptôme

dominant qui consiste dans le tremblement involontaire des muscles de la face, et qui d'ailleurs a peu d'importance en lui-même au point de vue du travail, on a été obligé de supposer que la maladie fait des progrès. » Sur cette attestation, on accorde une rente de 66 $\frac{1}{3}$ o/o « pour supprimer la cause de la dépression psychique ».

Pendant quatre semaines, le professeur Windscheid observe le malade dans sa clinique. Tremblement fibrillaire de la langue, spasmes des muscles de la face, allures pleurnicheuses et souffreteuses, tendance à la mélancolie, abolition du réflexe conjonctival. « La dépression psychique de Sch... est toujours plus forte quand il est en présence du médecin. » Augmentation du poids de 11 livres en quatre semaines. L'hystérie locale a entièrement disparu ; il s'agit maintenant d'une hystérie générale.

Une rente de 25 o/o paraît suffisante. En 1906, on délivre à la Charité un certificat attestant que, outre la faiblesse locale du bras, des maux de reins ont été causés par l'accident même et que certainement une aggravation de la nervosité a été provoquée secondairement par l'accident.

On propose une rente de 40 o/o.

OBSERVATION V (*id.*)

J. X..., employé des postes subalterne.

Le 9 mars 1895, il a glissé et est tombé du marchepied du wagon sur le quai ; il est tombé en arrière et s'est fait une contusion de l'occiput, du dos et du genou droit. Le 20 avril, il y a encore de la raideur, de la céphalée, et de l'hyperesthésie à la pression de la région lombaire de la colonne vertébrale.

Il va en mai à Wiesbad et le 1^{er} juillet 1895 à la clinique Orthopédique du Dr Z..., où il reste jusqu'à janvier 1896. Là on diagnostique une névrose traumatique, et on pronostique que la maladie sera guérie dans neuf mois. Plus tard, on pose un pronostic très défavorable, et l'on déclare probables un affaiblissement et une mort rapide, en raison de troubles psychiques, d'hallucinations auditives et d'une augmentation de l'excitabilité cardiaque.

L'assuré obtient une rente annuelle de 3.000 roubles et une pension, comme étant complètement invalide.

Pendant plusieurs années, il n'est pas du tout examiné par les médecins, pas même à la demande de la Corporation. Ce n'est qu'en 1900 que le Dr Z... procède à une nouvelle visite: il trouve l'état de l'assuré meilleur, mais il constate encore de l'hypotonicité musculaire, malgré l'épaisseur du tissu adipeux de l'impotence et du tremblement du bras droit. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Légère hyperesthésie à la pression de la colonne vertébrale. Pouls à 118, le cœur est bon.

On reste encore cinq ans sans examiner le malade, qui, de son côté, est demeuré en apparence sans aucun traitement médical. Quand on l'interroge sur ce fait très étrange, il répond: « Ah! les médecins ne peuvent m'être d'aucun secours; je sais bien moi-même ce que j'ai à faire. »

En mars 1905, l'on m'envoie auprès de l'assuré pour l'examiner. Il m'a d'abord reçu d'une façon très aimable; il est venu à ma rencontre comme un homme vigoureux et très bien portant (il n'avait pas encore de lunettes bleues). Mais, lorsqu'il eut appris le but de ma visite, il s'est bientôt montré agité, et j'ai remarqué qu'il était pris d'un véritable accès de rage; fina-

lement il eut une crise de folie furieuse pendant laquelle il frappait violemment sur la table et tremblait du bras droit. Il a déclaré qu'il brûlerait la cervelle à quiconque viendrait de la part de la Corporation. Il a finalement refusé de se laisser examiner.

Lors d'une visite ultérieure que je fis avec deux autres médecins, je me suis rendu compte de l'exagération de la fréquence du pouls. L'assuré avait un tout autre aspect que lors de ma première visite. Il marchait en se carrant, lentement, posément, portait des lunettes bleues, parlait lentement et avec difficulté, sur un ton doux et suppliant : en un mot il était tout changé. Fort tremblement du bras droit et de la langue, pouls à 130-140. La peau était hyperhémique, mais d'une façon irrégulière.

En somme, les symptômes d'une hystéro-neurasthénie.

Tout resta naturellement comme par le passé ; on continua de lui verser la rente au même chiffre.

Or, quelques mois plus tard, je vis par hasard l'accusé se promener de grand matin dans la rue, l'air très joyeux. Malgré ses lunettes bleues, il ne me fit pas du tout l'effet d'un homme très malade, comme le jour de la visite faite avec les autres médecins. Un traitement essayé, sur ma recommandation, dans un sanatorium, n'eut pas non plus de résultat. L'assuré était là le plus souvent asthénique, indifférent envers les autres malades et les médecins ; mais il lui arrivait quelquefois de se montrer plus animé quand il s'entretenait avec de jeunes dames.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Lecaplain. — Thèse de Paris, 1906.)

M. G..., trente-cinq ans, homme de peine.

Le 2 août 1904, il a une contusion des reins et une roue de voiture lui passe sur le pied droit. Il se plaint de douleurs lombaires et dans le pied droit. Une première expertise est faite le 27 octobre 1904, par le Dr Demoulin, qui ne constate qu'un très léger épaissement de la base de la malléole externe droite, confirmée par la radiographie, et une atrophie très peu prononcée des muscles de la jambe droite. Le malade marche sur la pointe du pied droit en boitant assez fortement. Il ne persiste plus aucune trace de la contusion des reins. Le malade accuse de violentes douleurs au membre inférieur droit et à la région lombaire gauche. Le Dr Demoulin pense qu'il ne s'agit que d'une incapacité temporaire.

Une tentative de conciliation ayant eu lieu le 7 décembre 1904, et n'ayant pas abouti, une seconde expertise est pratiquée par les Drs Brissaud, Reclus et Demoulin, le 27 mars 1905. M. G... se plaint de vives douleurs dans le membre inférieur droit, en particulier dans la jambe, qui est enflée, de gêne pour marcher et d'insomnies prolongées. Il présente de nombreux certificats attestant soit une ancienne fracture de la maléole externe consolidée par un cal vicieux, soit un empâtement fibreux au-dessous de ce cal, soit de l'œdème du pied, soit de l'amyotrophie.

L'examen des experts décèle un œdème très prononcé du pied et de la jambe droits, dû à une constriction trop forte,

comme l'indiquent les sillons circulaires que l'on voit sur la jambe. Dans la station debout, la jambe droite est fléchie sur la cuisse et le pied en équinisme direct ; pendant la marche le blessé boite, n'appuie pour ainsi dire pas sur son pied droit. Il se sert d'une canne.

Cependant en le persuadant qu'il peut marcher sans canne, il pose franchement le pied sur le sol. On découvre de l'anesthésie de la jambe droite, du rétrécissement du champ visuel à droite. Les réflexes achilléen et rotulien sont conservés.

19 juin 1905 — Le tribunal civil alloue une rente de 60 francs.

28 novembre 1905. — Un arrêt d'appel l'élève à 63 francs. Le blessé fait une demande en revision.

10 octobre 1906. — Le blessé, dans la misère, ne travaille pas. Son état ne s'est pas modifié, si ce n'est que l'œdème a disparu. M. G... continue à chasser les certificats médicaux, a dépensé tout ce qu'il a touché, et même peut-être, au moyen d'avances procurées par des intermédiaires, ce qu'il escompte avoir dans la suite.

OBSERVATION VII

(Dr P...)

A. C..., manœuvre terrassier, âgé d'une cinquantaine d'années.

Fait sur chantier une chute dans une tranchée. Il va consulter à l'hôpital, où l'interne lui remet son diagnostic sur un bulletin de l'hôpital.

A. C... se présente à mon cabinet, envoyé par un de mes amis, qui est avocat et chargé de son affaire.

La lettre de recommandation de l'avocat est très importante : A. C... à l'air déprimé, inquiet, il ne travaille plus et il donne l'impression par ses vêtements, sa tenue, son attitude et son langage de l'homme qui a besoin d'être secouru et qui use de ses dernières ressources. Il est évident qu'il arrivera sous peu à la misère : est-ce obstination d'ouvrier en procès et qui veut jouer le tout pour le tout, quitte à perdre la partie et à traîner irrémédiablement dans la misère ? Ou bien A. C... se sent-il vraiment incapable de travailler et se dit-il que si son avocat et le médecin ne le sauvent pas, il est perdu ? Je crois que son attitude et ses réflexions sont faites un peu de l'un et de l'autre état d'esprit.

Sa feuille hospitalière porte le nom et le diagnostic, sans plus ; je n'ai plus ce diagnostic très présent, mais je me souviens bien qu'il s'agissait d'une lésion cardiaque orificielle, très caractérisée. L'examen médical montre facilement le souffle classique de la lésion diagnostiquée : j'élimine l'élément fonctionnel, et je déclare à A. C... que je n'ai qu'à refaire sur papier timbré le certificat donné à l'hôpital. Ce n'était pas assez : son avocat, me dit-il, lui demandait l'appréciation de l'incapacité de travail et la constatation qu'il ne pouvait guérir

Je rédige un certificat constatant que le malade présentait tous les signes organiques de la lésion indiquée, ajoutant qu'on ne doit pas espérer qu'une pareille lésion rétrocede, et concluant qu'elle le met hors d'état d'exercer son métier de terrassier. Tout cela ne satisfait pas A. C..., qui me demande de déclarer qu'il ne pourra plus travailler et que sa lésion est incurable et le conduit fatalement à la mort, etc. Je lui explique que c'est à son avocat et aux juges à établir ce que vaut son incapacité de travail, et je me refuse à faire autre chose que consta-

ter les symptômes et poser un diagnostic et un pronostic exclusivement médicaux.

A. C... habitait mon quartier, en sorte qu'après l'avoir vu chez moi, je l'ai souvent rencontré, ce qui m'a permis de suivre ses transformations. Très inquiet et très déprimé au début, il a paru se relever, au physique et au moral, à mesure que son procès prenait meilleure tournure. J'en suivais les phases par son avocat, avec qui j'avais souvent à causer ; la santé, au moins apparente, s'améliorait à mesure que son affaire était en voie de succès : la tenue, l'aspect général, l'habillement suivaient les mêmes transformations, si bien que l'on aurait pu deviner rien qu'à le voir, combien un *préteur* intelligent se risquerait à lui avancer sur les espérances de son procès : évidemment il devenait moins inquiet de sa santé, il s'écoutait moins qu'à l'époque où il était venu me voir.

Il a gagné son procès il y a déjà plusieurs années, et obtenu une petite rente d'un millier de francs. je crois, sur laquelle il vit comme un petit employé mis en retraite. Propre, bien brossé, habillé presque toujours en drap noir, ce qui est plus bourgeois, il n'a conservé d'autrefois que le chapeau mou d'ouvrier ou de campagnard. Il est gras, le teint frais, fleuri, bien rasé, l'air heureux et sa lésion, pour laquelle j'écarte toute idée de simulation, ne doit plus se rappeler à lui que par des souvenirs anciens ; sans doute, on résumerait bien son état d'esprit, en disant qu'il risquait de perdre, mais que cette partie est maintenant gagnée et qu'il n'a qu'à profiter de son bon numéro.

Quant à la maladie, ce n'a été que l'occasion : sans elle, il travaillerait comme autrefois.

Il me semble d'ailleurs ni paresseux, ni carottier, ni noceur ;

actuellement, tout en mangeant sa petite rente comme un bon billet de loterie : il s'occupe : je le vois distribuer des prospectus, faire parfois des courses. Il ne m'a pas gardé rancune d'avoir rédigé un certificat comme je croyais devoir le faire. C'est le bon ouvrier, rangé et sérieux, l'air content et intelligent ; il possède d'assez bonnes relations politiques, et je sais qu'il les utilise activement pour des démarches pratiques : son ambition actuelle est d'obtenir un poste nettement défini dans une importante administration, de façon à augmenter son petit viager. Et qui sait ? peut-être y restera-t-il assez longtemps pour avoir droit à une retraite dont il saura jouir en bon père de famille.

En tous cas, je doute qu'il puisse aujourd'hui se représenter bien exactement son état lorsqu'il est venu, comme un travailleur aux abois, me demander son certificat : il a fait tant de chemin depuis cinq ou dix ans !

CONCLUSIONS

En résumé, l'hystérie de rente est un syndrome ayant ses causes et surtout son évolution spéciales. Elle appartient à la grande névrose par son essence même, voisine avec l'hystérie traumatique par son point de départ, et se place à côté de certains états mentaux auxquels d'ailleurs elle peut par la suite aboutir, en particulier la folie processive.

Elle mérite une étude spéciale par les conséquences médico-légales qu'elle entraîne. Voilà pourquoi nous jugeons utile de résumer ici les points les plus saillants de l'étude précédente.

Cette hystérie résulte de causes intéressantes : c'est l'influence sur un esprit faible ou même bien stable jusqu'à ce jour de conseils d'étrangers, répétés fréquemment et avec la même obstination. Elle est primitive ou secondaire à l'hystérie traumatique.

Elle se manifeste par un ensemble de symptômes nerveux physiques et fonctionnels, mais avant tout par un état psychique dont le mobile est l'idée de rente.

Son évolution est variable suivant les cas : elle peut se terminer surtout de deux façons : tantôt par la guérison une fois l'indemnité accordée, aussi impor-

tante que la voulait le sinistré, tantôt par la marche progressive vers l'hystérie traumatique.

Elle est sujette à des rechutes à chaque reprise du procès.

Semblable par bien des points à la névrose traumatique, elle s'en distingue par quelques caractères, entre autres les suivants qui n'existent pas dans cette dernière :

1° La prédominance de l'état psychique, avec ses diverses phases d'intensité.

2° L'attitude des malades pendant et après leur procès. Dans le premier cas, ils sont en quête de certificats médicaux plutôt que d'ordonnances, de même qu'ils réclament aux magistrats la révision de leur procès quand la solution de celui-ci ne les satisfait pas. Dans le second cas, ils se comportent comme des gens pleins de santé et de vigueur, évitant tout contact, dangereux pour eux, avec les médecins et les hommes de droit. Dans les deux cas, ils se montrent vis-à-vis des médecins violents et emportés.

En présence de ces faits, on doit se demander si certaines règles thérapeutiques ne sont pas indiquées et comment l'Expert doit rédiger ses conclusions.

Il convient d'abord d'arracher le sinistré à ce milieu funeste dans lequel se bâtit et se nourrit son idée fixe ; il faut tenter de le faire vivre en dehors des tribunaux et des hôpitaux, lieux où ils puiserait des ressources pour l'excitation croissante de son esprit obnubilé, lui éviter les visites des amis, des gens trop compatissants et trop dévoués, lui procu-

rer des distractions, l'engager, si possible à aller vivre à la campagne.

Ces indications, surtout de mise avant l'éclosion des troubles nerveux, chez des sujets prédisposés, seront utilement secondées par la suggestion. A une influence fâcheuse, il faut opposer une influence salubre, montrer à l'accidenté que les droits à la rente ne sont pas de circonstance dans le cas présent, ou si le procès est commencé, lui affirmer que celui-ci marche bien, qu'il se terminera en sa faveur, et qu'il ne doit pas lui procurer d'inquiétude.

Enfin et surtout il convient de satisfaire les idées appétitives du sujet pour la rente, comme le propose M. le Dr Vibert, dans les cas d'hystérie traumatique peu graves, d'hystérie et de neurasthénie proprement dits où il accorde le bénéfice d'une incapacité permanente et absolue ou presque. Il en résulte que « l'ouvrier verra son avenir assuré par l'allocation d'une rente égale aux deux tiers de son salaire, et toutes ses préoccupations disparaissant, une grande amélioration se produira bientôt et il aura les plus grandes chances de s'acheminer rapidement vers la guérison complète. »

Telle est également notre opinion. Nous les basons sur des considérations non seulement cliniques, mais encore humanitaires. Nous croyons en toute conscience établir à bon droit la formule suivante : indemniser le plus rapidement et le plus largement possible les accidentés, dans les cas où l'on a pu reconnaître une hystérie de rente *pure*, certain que

l'on est qu'ils guériront après, conseil que pourrait donner le médecin aux magistrats, mais que l'on ne ferait pas accepter aussi facilement par les auteurs responsables de l'accident.

Vu : Le Président de la thèse :

RAYMOND

Vu : le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BLUM. — De l'Hystéro-Neurasthénie traumatique. Asselin et Houzeau, 1893.
- BOUVERET. — La Neurasthénie. Baillière, 1891.
- BRISSAUD. — La Neurasthénie. In Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert.
- BROUARDEL (P.). — Les Blessures et les Accidents du travail. Baillière, 1906.
- BROUARDEL (G.). — Les Accidents du travail, guide du médecin. In Actualités médicales. Baillière, 1903.
- CHARCOT. — Leçons sur les Maladies du Système nerveux.
- CHOPARD. — Thèse de Paris, 1906.
- FEILCHENFELD. — IV^e Congrès International des Médecins-
— Experts des Compagnies d'Assurances. Berlin, 1906.
— Journal des Médecins-Experts. Berlin, 1906, n° 16.
- GILBERT-BALLET. — Traité de Pathologie mentale.
- JANET et RAYMOND. — Névroses et idées fixes.
- LECAPLAIN. — Thèse de Paris, 1906.
- MONTHÉLIE. — Thèse de Paris, 1906.
- SOUQUES. — L'Hystérie. In Manuel de Médecine de Debove et Achard.
- THOINOT. — Les Accidents du travail et les affections médicales d'ordre traumatique, 1904.
- VIBERT. — La névrose traumatique. Baillière, 1893.
— Précis de médecine légale, 1903.
— Les Accidents du travail, 1906.

TABLE

	Pages
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I.....	13
CHAPITRE II.....	21
CHAPITRE III.....	29
OBSERVATIONS.....	35
CONCLUSIONS.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	53

